CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

APERTURA LICENCIA FEDERATIVO-DEPORTIVA

D/Dña **……..,** con DNI **…….** licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral, especialista en ……., colegiado en el colegio de …….., con **número …….**

CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D./Dña. ……, de ... años, con **DNI ……** tras reconocimiento médico …… con realización y valoración de las siguientes pruebas…… no presenta, en el momento actual, enfermedad infecto-contagiosa ni patología física ni mental, excepto el antecedente personal consistente en ..... que precisa tratamiento con ……

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo considerado **APTO** para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y del deporte/es de **……** en competición.

PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL SERVICIO MEDICO DE LA FEDC

En ……., a .. de……. del 2026

Fdo. Dr. ……
Nº Col :……